

# APÉNDICE A

## GUÍA DE MEDICARE, MEDI-CAL Y OTROS SEGUROS DE SALUD

### 1. Medicare

Medicare es un programa federal de seguro de salud que no tiene ningún requisito financiero de elegibilidad. Medicare proporciona seguro de salud para

- Todas las personas a partir de los 65 años de edad que tengan derecho a recibir beneficios de jubilación del seguro social
- Personas menores de 65 años de edad que han estado recibiendo beneficios de discapacidad del seguro social por los menos durante 25 meses
- Personas menores de 65 años de edad con una enfermedad grave de los riñones

Medicare también proporciona cobertura a ciertos ex-empleados federales, estatales y municipales, y a ciertos ex-empleados ferroviarios. Póngase en contacto con la oficina local de la Administración del Seguro Social para ver si su pupilo puede obtener cobertura.

Existen dos tipos de planes de Medicare: Medicare original, que es un plan de pago por servicios, y Medicare + Choice, que incluye planes de atención administrada (HMO) y planes de pago por servicios.

Medicare original está dividido en dos partes. La parte A (seguro de hospitales) paga por servicios de internación en hospitales, atención muy limitada en instituciones de enfermería especializada después de la internación, algunos servicios de atención de la salud a domicilio de tiempo parcial, y cuidado en hospicios. La parte B (seguro médico) cubre los servicios de los médicos, algunos servicios de consultorio externo, atención de la salud a domicilio, exámenes de diagnóstico y equipos médicos. Verifique si el pupilo está cubierto por la parte A,

parte B, o ambas, leyendo su tarjeta de Medicare o consultando con la oficina local de la Administración del Seguro Social.

**PRECAUCIÓN** Esta sección del apéndice A le proporciona un resumen breve de los beneficios de Medicare original para su conveniencia. Para obtener información más completa sobre las reglas federales que gobiernan estos beneficios, como también cambios recientes de cobertura que no están descritos en este manual, póngase en contacto con la oficina local de la Administración del Seguro Social y solicite el último folleto disponible sobre los beneficios de Medicare.

## **A. Parte A del programa Medicare original: Servicios de internación en hospital**

La parte A del programa Medicare original cubre la internación en hospitales, atención muy limitada en instituciones de enfermería especializada, visitas de atención de la salud a domicilio y cuidado aprobado en hospicios.

**Seguro de hospitales** Los beneficios de hospital cubren un único periodo de beneficio, que se inicia cuando el paciente se interna en el hospital. Si el paciente se interna nuevamente en el hospital a más de 60 días de haber sido dado de alta de un hospital, institución de enfermería especializada o institución de rehabilitación, se inicia un nuevo periodo de beneficios.

Una persona puede tener una cantidad ilimitada de periodos de beneficios. No obstante, dentro de un periodo, el beneficio máximo es de 150 días de internación en un hospital y hasta 60 días de *reserva de por vida* que sólo se pueden usar una sola vez.

En 2002, durante los primeros 60 días de hospitalización de cada periodo de beneficios, el seguro de hospital de Medicare pagaba todos los servicios cubiertos después que el paciente abone un deducible de \$812 y las primeras tres pintas de sangre utilizada (o consiguió que familiares o amigos donaran tres pintas de sangre). Para el día 61 a 90 de cobertura dentro de un periodo de beneficios, el paciente tenía que pagar \$203 por día para todos los servicios cubiertos, y Medicare pagaba el resto. Para el día 91 a 150 de cobertura dentro de un periodo de beneficios, el paciente tenía que pagar \$406 por día. Después de 150 días, el paciente tenía que pagar el costo total de hospitalización.

La estadía promedio en un hospital de un una persona con Medicare es de siete días. Por lo tanto, es muy raro que se agoten los beneficios de Medicare en un periodo de beneficios.

**Atención de instituciones de enfermería** Medicare cubre hasta 100 días de enfermería especializada. El paciente tiene que hacer un copago de \$101.50 por día después de los primeros 20 días. Medicare cubre la atención en una institución de enfermería especializada sólo cuando el paciente la recibe por la misma condición por la que fue internado en el hospital. La persona tiene que ser admitida a la institución de enfermería especializada dentro de los 30 días de haber tenido una internación de por lo menos 3 días en un hospital. Si Medicare cubre la estadía, el periodo cubierto promedio es de aproximadamente dos semanas. Medicare paga solamente por *atención de enfermería especializada* en una institución de enfermería. No paga por la llamada *atención de pacientes reclusos*, en la que se los alimenta y se los ayuda a bañarse, caminar, vestirse o usar el inodoro.

**Atención de la salud a domicilio** La parte A de Medicare cubre la atención de la salud a domicilio cuando sea *médicamente necesaria*, la persona esté recluida en su casa y el médico haya ordenado atención especializada y rehabilitación. Puede ser cubierta por el plan B si el beneficiario no tiene cobertura por el plan A. No hay deducibles o copagos. No obstante, una agencia de atención de la salud a domicilio tiene que hacer la solicitud de cobertura después de haber recibido la orden del médico. El paciente tiene que pagar el 20 por ciento del costo de equipo médico duradero aprobado por Medicare para uso en el hogar.

**Atención de hospicio** Se brindará atención de hospicio si el médico certifica que la persona tiene una enfermedad terminal y su esperanza de vida es menor que seis meses. No hay deducibles ni copagos para este tipo de atención. No obstante, hay un copago de \$5.00 para medicamentos bajo receta para pacientes no internados y de 5 por ciento del costo aprobado por Medicare para servicios de descanso. La atención de hospicio brinda tratamiento para aliviar el dolor y servicios de respaldo para el paciente en su casa, en un hospital o en un hospicio.

**Pago de factura para servicios de la parte A** Los hospitales, instituciones de enfermería especializada y agencias de atención de la salud a domicilio utilizan compañías de seguro, como Blue Shield de California, para enviar las facturas a Medicare. Distintas regiones del estado utilizan distintas compañías.

## **A. Parte B del programa Medicare original: Seguro médico**

Una persona se puede inscribir en la parte B del Medicare original si:

- Tiene derecho al seguro de hospital bajo el plan A

- Cumple con los requisitos de residencia en los Estados Unidos de Medicare.

Una persona se puede inscribir solicitando Medicare por escrito o demostrando que tiene derecho a los beneficios del seguro social o del seguro de hospitales de la parte A. Póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social para saber cómo solicitar este beneficio en nombre del pupilo.

Averigüe si la parte B de Medicare cubre las necesidades de atención de la salud del pupilo. Este seguro paga por lo siguiente:

- Servicios médicos, incluyendo exámenes de diagnóstico y de laboratorio. Otros servicios proporcionados en el consultorio del médico, como radiografías, medicamentos que no se pueden autoadministrar, fisioterapia y patología del habla.
- Servicios de ambulancia.
- Prótesis y piernas o brazos artificiales.
- Equipos médicos, como sillas de rueda y camas de hospital.
- Insumos médicos, como vendas quirúrgicas y yesos.
- Servicios de atención a domicilio que cumplan con ciertas condiciones, provistos por una agencia que participe del programa Medicare.
- Drogas necesarias durante el primer año después de un transplante de órgano, llamadas drogas inmunosupresoras.
- Servicios de consultorio externo proporcionado por hospitales que participan del programa Medicare.
- Otros servicios, incluyendo servicios quiroprácticos y de podiatría.

El seguro médico provisto por el plan B no cubre atención de enfermería a domicilio, medicamentos bajo receta, la mayoría de los anteojos, atención dental, audífonos o exámenes de rutina.

**Pago de factura para servicios de la parte B** Los reclamos de la parte B son procesados por compañías de seguros que administran reclamos de Medicare.

En general, la parte B del Medicare original paga el 80 por ciento de los *cargos razonables* para todos los servicios cubiertos, y el 50 por ciento de los cargos razonables para atención de salud mental en consultorio externo, después de que el paciente haya pagado un deducible por año (\$100 en 2002). Las personas inscritas en la parte B de Medicare tienen que pagar primas mensuales. Estas primas se descuentan en general del cheque del seguro social del beneficiario. En 2002, la prima mensual fue de \$54.00 por mes. El monto de la prima aumentó en enero de 2003.

El pago de los servicios de la parte B se puede hacer por dos métodos: asignación y pago directo.

- **Asignación** Verifique que el médico del pupilo acepte pago de Medicare por asignación. Esto quiere decir que los médicos o sus proveedores le facturan a Medicare por sus servicios, y que Medicare le paga directamente al médico. También quiere decir que el médico acepta el *cargo admitido* de Medicare como pago completo. Los proveedores médicos que aceptan pago de beneficios médicos por asignación no pueden cobrar al paciente más que el cargo admitido. Medicare pagará el 80 por ciento, y el paciente pagará el 20 por ciento restante. El paciente tiene que pagar el deducible y cualquier tratamiento no cubierto por Medicare.
- **Pagos directos** Cuando el médico no acepta el pago por asignación, el paciente le paga al médico o proveedor directamente, y el médico le factura a Medicare. Medicare le envía el cheque de pago al paciente, no al médico. Medicare paga el 80 por ciento del cargo admitido, y el paciente es responsable por el 20 por ciento restante y también por el cargo adicional del proveedor por encima del cargo admitido por Medicare.

Cada oficina del Seguro Social, y muchos centros de servicios para ancianos, cuentan con una lista de médicos y profesionales de la salud participantes de Medicare que aceptan pago por asignación.

También puede llamar al 1-800-952-8627 en California del Norte y al 1-800-848-7713 en California del Sur para preguntar sobre un proveedor médico en particular.

La Administración del Seguro Social publica la *Guía de cobertura de Medicare*, que se actualiza anualmente a medida que ocurren cambios en la ley. Esta guía se envía automáticamente a las personas que están inscritas en Medicare. No obstante, si la dirección postal del pupilo cambió, debe ponerse en contacto con la Administración del Seguro Social para que el pupilo continúe recibiendo esta publicación. Le conviene obtener una copia de esta guía y también su actualización anual.

Como las reglamentaciones de Medicare cambian todos los años, y como siempre se puede conseguir la *Guía de cobertura de Medicare*, este manual no proporciona todos los detalles de cobertura. No obstante, le conviene familiarizarse con las áreas de servicio del programa Medicare original, descritas en las secciones precedentes.

**Importante** Casi todas las coberturas de Medicare tienen límites. Si bien se mencionan aquí ciertas áreas de cobertura, no suponga que el pupilo será automáticamente elegible para recibirla. La elegibilidad para ciertas coberturas depende del tipo de enfermedades y lesiones, la cantidad

de días de internación en el hospital, las necesidades médicas del paciente después de haber sido dado de alta del hospital y otros factores.

Cada vez que trate de proporcionarle algunos de los servicios aquí descritos a su pupilo, debe confirmar qué parte del costo será cubierta por Medicare.

Es probable que Medicare cubra solamente una *parte* del costo total. El paciente será responsable por el pago de los gastos médicos no cubiertos por Medicare. Si el pupilo tiene un seguro médico suplementario, éste puede cubrir una porción adicional del costo.

**Derecho a apelar** Cualquier acción tomada por Medicare con relación a los beneficios de la parte A o parte B puede ser apelada. Si cree que Medicare ha tomado una decisión equivocada sobre un reclamo, puede presentar una apelación siguiendo las instrucciones que aparecen en el reverso del formulario de determinación de pago que le envió Medicare, o puede pedirle ayuda a su oficina local de la Administración del Seguro Social. Puede haber otros recursos en su área para brindarle ayuda con las apelaciones de Medicare. Además, hay algunos abogados que se especializan en este tema.

## **C. Planes Medicare + Choice**

Una innovación reciente en la cobertura de Medicare es la disponibilidad en muchas regiones de planes Medicare + Choice, en que el gobierno contrata a proveedores de servicios médicos privados. Algunos de estos planes son del tipo de atención administrada (HMO); otros son planes de pago por servicio, como el Medicare original. Para poder inscribirse en un plan Medicare + Choice, una persona debe ser elegible y estar inscrita en las partes A y B del Medicare original. Una persona elegible puede cambiar de un plan a otro, o volver al Medicare original, pero existen restricciones, así que tenga cuidado si está pensando en un plan Medicare + Choice para su pupilo.

Los detalles de los planes Medicare + Choice superan el alcance de este manual. No obstante, si quiere averiguar más sobre ellos para su pupilo, puede visitar el sitio Web de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar “Medical Personal Plan Finder (Encuentre su plan médico personal)”, o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. La publicación del gobierno *Medicare y usted 2002*, le brinda información sobre este tema, incluyendo cuadros comparativos sobre los distintos tipos de planes disponibles.

## **2. Medi-Cal**

Medi-Cal es la versión de California de un programa federal y estatal combinado diseñado para ayudarle a la gente que recibe asistencia pública, y a otras personas de bajos ingresos, a pagar por sus gastos de salud. En el gobierno federal y en otros estados, este programa se conoce como Medicaid.

Si bien los beneficiarios de Medi-Cal con frecuencia están inscriptos también en Medicare, estos programas no tiene relación entre sí. Medicare está administrado por la Administración del Seguro Social. Medi-Cal está administrado por el estado de California. La financiación de Medi-Cal viene de los fondos federales de Medicaid.

**Elegibilidad** Hay varias categorías de individuos que son elegibles para recibir Medi-Cal:

- **Beneficiarios del Ingresos del Seguro Suplementario (SSI)** Las personas de bajos ingresos que tienen 65 años de edad o más, y las personas ciegas o discapacitadas de cualquier edad que estén recibiendo pagos de SSI, están automáticamente cubiertas por Medi-Cal. Es importante solicitar los beneficios de SSI si puede, aunque el pupilo sea elegible para recibir muy poco dinero, porque de esa manera puede obtener la cobertura de Medi-Cal.
- **Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF, llamada antes Ayuda para familias con hijos dependientes, o AFDC)** Las personas que reciben beneficios bajo el programa TANF son elegibles automáticamente para Medi-Cal.
- **Médicamente necesitados (MN)** Las personas de 65 años de edad o mayores, o que son ciegas o discapacitadas, y que no estén recibiendo SSI, pueden ser elegibles para Medi-Cal si tienen recursos financieros muy limitados. Si el pago de las facturas médicas dejaría a la persona con menos dinero de lo que Medi-Cal considera necesario para vivir, el paciente pagará una parte de las facturas y Medi-Cal pagará el resto.
- **Residentes de asilos** Las personas que viven en asilos son elegibles si sus ingresos y recursos financieros están por debajo de los límites de Medi-Cal.

**Transferencia de activos para ser elegible para Medi-Cal** Bajo ciertas circunstancias, conviene gastar los activos o transferírselos a otros para caer por debajo del límite de elegibilidad de Medi-Cal. El pupilo sería entonces elegible para recibir los beneficios de Medi-Cal.

Ésta es un área extremadamente compleja y rápidamente cambiante de las reglamentaciones de Medi-Cal. No debería transferir sus activos sin consultar primero con su abogado.

**Gastos cubiertos por Medi-Cal** Medi-Cal paga por los servicios de atención de la salud que considera médicamente necesarios.

Algunos de estos servicios tienen que ser previamente autorizados por Medi-Cal. En ese caso, el profesional médico es el que presenta la solicitud. El paciente tiene el derecho de recibir una copia del formulario de Medi-Cal en caso de que se rechace la cobertura. No hace falta contar con aprobación previa para recibir atención de emergencia, realizar visitas necesarias al médico o la mayoría de los medicamentos. Si cree que la autorización se está demorando o ha sido rechazada sin razón, usted tiene derecho de solicitar una audiencia.

A veces el paciente tiene que hacer un copago por medicamentos bajo receta, o por tratamiento dado en una sala de emergencias que no fue de emergencia.

**Reclamos contra la herencia del pupilo difunto** El estado tiene el derecho de reclamar pago de la herencia de un beneficiario difunto de Medi-Cal por servicios recibidos después de los 55 años de edad y para atención de largo plazo recibida a cualquier edad. El estado tiene que renunciar a este reclamo si el pago del mismo causaría a los dependientes, herederos o sobrevivientes del difunto problemas económicos substanciales.

**Proveedores de Medi-Cal** Es importante averiguar si los médicos y otros proveedores de salud del pupilo aceptan Medi-Cal. No todos los hospitales, asilos y otros proveedores de salud aceptan Medi-Cal. No obstante, *si acepta Medi-Cal, el proveedor debe aceptar el reembolso de Medi-Cal como pago completo por sus servicios.*

**Atención en asilos** Para que Medi-Cal pueda cubrir la atención en un asilo, el paciente tiene que haber sido admitido con una orden del médico y Medi-Cal tiene que considerar que la estadía es médicamente necesaria. Los beneficiarios de Medi-Cal que están en asilos pueden mantener una mensualidad para sus gastos personales, y el resto de sus ingresos se usan para pagar el asilo.

Una persona que está en un asilo pagado por Medi-Cal y que es dueño de una casa, podrá seguir siendo elegible si

- Piensa volver a su casa, y
- El cónyuge o dependientes de la persona están viviendo en la casa, o

- Ciertas otras personas relacionadas con la persona están residiendo en la casa, y sus circunstancias cumplen con las pautas de exención de Medi-Cal.

Cualquier persona, aunque esté muy enferma, puede tener intención de volver a su casa. La intención del paciente de volver a su casa tiene que declararse en la solicitud de atención a largo plazo que se hace a Medi-Cal.

**Reglas especiales para matrimonios, cuando uno de los cónyuges entra a un asilo** Cuando uno de los cónyuges entra a un asilo, el otro cónyuge no tiene que gastar todos los ingresos y activos antes que Medi-Cal pueda ayudar a pagar el costo del asilo. Las normas de Medi-Cal en este tipo de casos pueden ser complicadas. Además, pueden cambiar periódicamente. Le conviene consultar con su abogado y su oficina local de Medi-Cal para obtener las normas e información actualizadas.

**Medi-Cal y Medicare** Medi-Cal paga los siguientes beneficios para las personas que también están inscritas en Medicare

- El monto deducible para beneficios médicos bajo la parte A
- Las primas de la parte B
- El monto deducible anual y los copagos de beneficios médicos bajo la parte B

Si una persona recibe Medi-Cal y también Medicare, un médico no puede facturar al paciente en forma directa y no puede obligar al paciente a abonar el copago del 20 por ciento que tienen que pagar los pacientes con Medicare.

**Cómo solicitar Medi-Cal** Es importante hacer planes por anticipado para saber en qué mes el pupilo será elegible para recibir Medi-Cal. Consulte con su abogado y póngase en contacto con la oficina de Medi-Cal apenas sepa que se acerque el momento, porque el proceso de solicitud puede tardar tiempo. Una vez que se hayan verificado los ingresos y activos del pupilo, y Medi-Cal haya aprobado su elegibilidad, el pupilo recibirá la tarjeta de Medi-Cal.

Puede solicitar hasta tres meses de cobertura retroactiva y, de ser aprobada, el pupilo puede quedar cubierto por esos meses.

**Derecho a apelación** Una persona que reciba Medi-Cal tiene el derecho de apelar cualquier decisión del Departamento de Bienestar con respecto a su elegibilidad. Si no tiene un abogado, póngase en contacto con la oficina local de ayuda legal para obtener ayuda con problemas de elegibilidad y servicio de Medi-Cal.

### 3. Servicios de salud del condado

Las personas de entre 21 y 65 años de edad que no son ciegas, discapacitadas ni tienen hijos dependientes, no son elegibles para Medi-Cal (con excepción de las mujeres embarazadas, los residentes de asilos y refugiados). El condado se hace responsable por proporcionar atención médica a las personas de ese grupo cuando están enfermas y no pueden pagar por su tratamiento médico. Aun en esos casos, el condado puede enviarle una factura, o solicitar pago parcial por los servicios prestados. Póngase en contacto con el Departamento de Salud de su condado para averiguar sobre estos servicios.

### 4. Seguro de salud suplementario de Medicare (Medigap)

Medigap es un tipo de seguro privado, no el nombre de una compañía de seguros ni un programa del gobierno. El seguro Medigap está diseñado para cubrir los copagos y deducibles de Medicare. En general, este tipo de seguro se ofrece a las personas de 65 años de edad o mayores que tienen el plan A y B de Medicare. Al evaluar las pólizas de seguro de Medigap, tenga en cuenta que no cubren todos los gastos de salud del pupilo que no están cubiertos por Medicare.

Las pólizas de Medigap utilizan los mismos términos que el programa Medicare y basan sus decisiones de cobertura en las determinaciones de Medicare. Por lo tanto, si Medicare no cubre un tratamiento, es probable que la póliza de Medigap tampoco lo cubra. Las pólizas de Medigap no pagan la atención de pacientes recluidos en asilos.

**Examine cuidadosamente las pólizas de Medigap** Antes de comprar una póliza de Medigap, lea el resumen de cobertura. No hace falta comprar una póliza para obtener un resumen de cobertura, pero probablemente no podrá ver la póliza en sí hasta que la compre. No obstante, tiene el derecho legal a cancelarla durante los primeros 30 días. Si decide cancelar la póliza durante los primeros 30 días, la compañía de seguros le tiene que reembolsar todas las primas.

Si está pensando en comprar un seguro Medigap para su pupilo, siga estas pautas:

- No compre más de una póliza de Medigap.
- Considere como alternativa comprar un plan Medicare + Choice en vez de una póliza de Medigap.

- Averigüe si hay un periodo de espera antes de que la póliza pague por problemas médicos que el pupilo ya tenía antes de comprar la póliza.
- Tómese su tiempo. No se deje presionar por los vendedores. No se deje engañar por avisos que no son claros o promesas falsas del agente de seguros.
- Sepa con quién está tratando. Guarde el nombre y dirección del agente o de la compañía de seguros.
- No pague en efectivo. Haga un cheque u orden de dinero a nombre de la compañía de seguros, no del agente.
- Si no recibe la póliza o un reembolso puntualmente, póngase en contacto con la compañía de seguros.
- Recuerde que las personas elegibles para Medi-Cal no necesitan tener pólizas de Medigap.

## **5. Seguro de atención a largo plazo**

El seguro de atención a largo plazo no es lo mismo que el seguro Medigap. Es un tipo de seguro diseñado para pagar por enfermería especializada, intermedia o de cuidado a domicilio. También puede ofrecer cobertura por ciertos servicios a domicilio.

La mayor parte de las pólizas de atención a largo plazo pagan un monto fijo por cada día cubierto. Normalmente los beneficios no están diseñados para ir ajustándose con la inflación, pero algunas pólizas dan aumentos.

Después de su internación, muchas personas necesitan atención personal, ya sea en una institución o en su casa. Como este tipo de atención no está cubierto por Medicare, cualquier póliza de atención a largo plazo que valga la pena tendría que brindar este tipo de cobertura. Lea la póliza cuidadosamente para verificar que cubra la atención del paciente recluido cuando Medicare no la cubra. También le conviene pedirle a su abogado que revise la póliza.

En la actualidad, la combinación de Medicare y los seguros privados cubren sólo un pequeño porcentaje de los servicios de cuidado en asilo. Medi-Cal y los propios pacientes terminan pagando la mayor parte de los costos. Por eso es importante analizar el tipo de seguro a largo plazo para ver si los beneficios justifican el costo de la prima.

## **6. Otros tipos de seguro**

Hay muchos tipos de seguro médico además de los descritos previamente. A continuación se dan algunos ejemplos de pólizas o planes de seguro que le pueden ofrecer.

## **A. Pólizas para enfermedades temibles**

Las pólizas para enfermedades temibles están diseñadas para cubrir los costos de una internación prolongada por una enfermedad en particular, en general cáncer. Estos tipos de pólizas en general tienen exclusiones, periodos de espera, límites de tiempo y de beneficios. Con frecuencia la gente tiene dificultades para cobrar los beneficios de este tipo de póliza. Muy pocas pólizas para enfermedades temibles cubren estadías en asilos o enfermedades relacionadas con el cáncer. En muchos estados son ilegales, y muchos grupos de consumidores se oponen a este tipo de seguro.

## **B. Pólizas de indemnidad**

Las pólizas de indemnidad en general pagan una cantidad fija de dinero por cada día que el asegurado esté internado. En la mayoría de los casos, el monto es muy pequeño en comparación con el costo total. Estas pólizas no pagan beneficios por enfermedad cuando el paciente no está internado en un hospital, y los beneficios no se ajustan por inflación.

## **C. Seguros de salud de grupos**

Muchas personas que perderían su cobertura de seguro de salud de grupo debido a desempleo, divorcio, o muerte o jubilación del cónyuge, pueden mantener su seguro por un periodo adicional de tiempo pagando las primas por su propia cuenta.

Si el pupilo ha experimentado uno de los cambios mencionados en el párrafo anterior, debe consultar con su abogado y también con la oficina que administra el seguro de salud de grupo, para determinar si puede continuar recibiendo sus beneficios. Usted y su abogado tendrán que examinar la póliza de grupo y las circunstancias del pupilo muy cuidadosamente.

## **D. Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO)**

HMO es un tipo de plan prepago de salud que proporciona beneficios específicos a sus afiliados. Los HMO cuentan con médicos e instituciones de atención de la salud que brindan todos los beneficios cubiertos por Medicare.

En general, los HMO tienen un contrato especial con Medicare. Medicare le paga al HMO un monto fijo por mes por cada miembro de Medicare, y el afiliado al HMO paga poco o nada por sus servicios. Los afiliados del HMO aceptan no usar la tarjeta de Medicare, y usan sólo los médicos e instituciones del HMO para su atención de la salud, a menos que se trate de una emergencia. Cuando el paciente usa médicos e instituciones que no pertenecen al HMO para recibir tratamiento que no es de emergencia, el paciente – no Medicare ni el HMO - será responsable por el pago de la factura.

## **7. Fuentes de ayuda**

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la Vejez de California brinda asesoramiento gratis sobre seguros de atención de la salud a personas ancianas. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con HICAP, vea el apéndice B, “Cómo encontrar y usar recursos comunitarios.”

Si quiere presentar una queja sobre una compañía de seguros, póngase en contacto con el Departamento de Seguros de California escribiendo a: California Department of Insurance, Policy Services Bureau, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013. Si tiene un problema con Blue Shield o un plan de salud prepago, póngase en contacto con el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California escribiendo a: Department of Managed Health Care, California HMO Help Center, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814.